

ABRAHAM M. NUSSBAUM

WERKEN MET DE
DSM-5[®]
PRAKTIJKGIDS



AMERICAN
PSYCHIATRIC ASSOCIATION

UITGEVERIJ BOOM
AMSTERDAM

Inhoud

Voorwoord 9

Deel I

- 1** Een inleiding tot het diagnostisch onderzoek 15
- 2** Vorming van een therapeutische relatie tijdens het diagnostisch onderzoek 29
- 3** Het 30-minutenonderzoek 39
- 4** Op avontuur binnen dimensies 53
- 5** Belangrijkste wijzigingen in de DSM-5 63

Deel II

- 6** Het diagnostisch onderzoek volgens de DSM-5 83

Deel III

- 7** Een kort overzicht van de DSM-5 219
- 8** Stapsgewijze aanpak van de differentiële diagnostiek 223
- 9** Het onderzoek van de status mentalis 229
- 10** Een selectie van meetinstrumenten in de DSM-5 249
- 11** Dimensionale classificatie van persoonlijkheidsstoornissen 259
- 12** Andere classificatiesystemen en schalen 291

Referenties 295

Register 303

Voorwoord

Het *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2014) is een uitgebreid handboek over psychische stoornissen. Per stoornis bevat het classificatiecriteria. De stoornissen worden vanuit uiteenlopende invalshoeken besproken, zoals de ontwikkeling, genetica en temperament. Dit boek, *Werken met de DSM-5. Praktijkgids*, is bedoeld als een soort plattegrond, die u als praktisch hulpmiddel bij de hand kunt houden bij het gebruik van de DSM-5 in uw diagnostisch onderzoek. Dit boek is geen vervanging voor de DSM-5 zelf en ook niet voor de leerboeken over het psychiatrisch onderzoek (zie bijvoorbeeld MacKinnon et al., 2006; Shea, 1998; Sullivan, 1954),* maar beschrijft een manier om efficiënt en effectief met de DSM-5-criteria te werken, als onderdeel van het gehele diagnostische onderzoek.

Dagelijks onderzoek ik patiënten samen met coassistenten, artsen in opleiding tot psychiater en vakgenoten. Dit boek heb ik dan ook voor alle ervaringsniveaus geschreven. Het boek volgt de indeling van de DSM-5. In het eerste deel geef ik een toelichting op het diagnostisch onderzoek. De eerste twee hoofdstukken gaan over de doelstellingen van dit onderzoek. In het derde hoofdstuk geef ik een efficiënte structuur om het diagnostisch onderzoek onder de knie te krijgen. Het vierde en vijfde hoofdstuk beschrijven op welke manier de DSM-5 het diagnostisch onderzoek verandert. In het tweede deel heb ik de DSM-5-classificatiecriteria geoperationaliseerd voor de klinische praktijk. In het derde deel heb ik meetinstrumenten en aanvullende informatie opgenomen.

* Voor Nederland: Hengeveld & Schudel, 2011.

Als geheel zal dit boek u helpen om mensen met psychische problemen een zo accuraat mogelijke diagnose te geven en ondertussen een therapeutische relatie met hen op te bouwen; dit is sowieso het doel bij ieder contact binnen de psychiatrische hulpverlening, zelfs tijdens de relatief korte duur van het diagnostisch onderzoek.

Vóór ik begin wil ik onderkennen dat er een stevige discussie bestaat over de vraag of het onderwerp van medische zorg het best gezien kan worden als een zieke patiënt die door een zorgprofessional wordt behandeld of als een autonome consument die gebruikmaakt van de service van die professional (Emanuel & Emanuel, 1992). Hoe fundamenteel ook, toch valt deze discussie buiten het bereik van dit boek. In dit boek zijn bij voorkeur de woorden *iemand/persoon* en *mensen/personen* gebruikt om degenen te beschrijven die het eerste diagnostische onderzoek ondergaan. Als het gaat over iemand die na het eerste onderzoek in psychiatrische behandeling is, wordt consequent de term *patiënt* gebruikt, omdat dit recht doet aan zowel de kwetsbaarheid van de persoon die behandeld wordt als de verantwoordelijkheid die de zorgverlener heeft bij het behandelen van patiënten (Radden & Sadler, 2010). Met deze term wil ik geen medisch paternalisme bevorderen, maar benadrukken dat de specifieke en beschermde relatie die bij een psychiatrisch onderzoek ontstaat, beter omschreven kan worden als een therapeutische relatie dan als een therapeutisch contract.

Dankwoord

Ik ben aan dit boek begonnen in reactie op mijn onhandige pogingen om een gesprek te voeren met mensen over hun psychische problemen, en het is bedoeld om deze gesprekken te bestendigen (en te verbeteren). Ik dank dan ook al die patiënten, studenten en opleiders van wie ik gaandeweg heb mogen leren. Omdat ik discreet moet zijn, kan ik de patiënten niet noemen. In de loop der tijd is het mij onmogelijk geworden alle studentennamen te onthouden. Daarom bedank ik mijn opleiders, die ik in hun manier van werken probeer na te streven: Lossie Ortiz, Betsy Bolton, Andrew Ciferni, Stanley

Hauerwas, Don Spencer, Sue Estroff, Amy Ursano, Gary Gala, David Moore, Julia Knerr, Karon Dawkins, Joel Yager, Eva Aagaard en Robert House. Ten slotte wil ik Melissa Musick en Melanie Rylander bedanken voor het lezen (en verbeteren) van mijn manuscript.

Verantwoording bij de Nederlandse vertaling

In de Nederlandse vertaling van *The Pocket Guide to the DSM-5 Diagnostic Exam*, gesuperviseerd door prof. dr. Michiel W. Hengeveld, is door deze laatste het hoofdstuk over het onderzoek van de status mentalis (hoofdstuk 9) opnieuw geschreven om aan te sluiten bij de Nederlandse situatie. Een hoofdstuk over de Amerikaanse exameneisen voor het specialistisch examen psychiatrie is geschrapt.

Omwille van de bondigheid zijn in hoofdstuk 6 de criteria van stoornissen in het gebruik van een middel gebundeld omdat deze voor de verschillende middelen grote overlap vertonen. In deze Nederlandse vertaling zijn dus niet de stoornissen in het gebruik van een middel voor elk middel afzonderlijk opnieuw opgesomd, maar zijn hun algemene criteria te vinden in paragraaf 1 van het deel middelgerelateerde en verslavingsstoornissen in hoofdstuk 6.

De auteur heeft geen conflicterende belangen te vermelden.

1

Een inleiding tot het diagnostisch onderzoek

Bij iemand met psychische problemen roept het eerste psychiatrische consult vaak verwarring en angst op. Veel vaker dan wanneer er sprake is van lichamelijke klachten heeft deze persoon al tal van obstakels moeten overwinnen voordat zijn psychische klachten worden onderzocht (Radden & Sadler, 2010). Voorbeelden van obstakels zijn de toegankelijkheid van de zorg en angst en vooroordelen over die zorg. Heeft de persoon echter dit soort hindernissen overwonnen, dan wordt dit, als het goed is, beloond met een eerste consult waarin de aard van de klachten wordt vastgesteld en een werkrelatie tot stand komt. Hoewel er vele manieren zijn om psychische stoornissen te classificeren, gaat dit boek over de toepassing van het *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen*, de DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), de nieuwste versie van het classificatiesysteem dat gangbaar is in de geestelijke gezondheidszorg. Hoewel er veel kritiek is op de DSM-5 (zie bijvoorbeeld Phillips et al., 2012a, 2012b, 2012c) en ikzelf ook niet aanneem dat het handboek feilloos is, ga ik er toch van uit dat het een algemeen aanvaarde methode biedt om bij een psychiatrisch onderzoek op structurele wijze tot een classificatie te komen die goed te begrijpen is door de professional van nu (Kingham, 2011).

De gegevens die een psychiatrisch onderzoek oplevert zijn lang niet zo duidelijk en zo gemakkelijk te begrijpen als die bij, bijvoorbeeld, een schouderluxatie. Daarom hebben professionals in de ggz behoefte aan een standaardterminologie als in de DSM-5 om hun bevindingen te kunnen beschrijven. Meestal worden psychiatrische symptomen onderverdeeld in *klachten* — de subjectieve beschrijving die iemand geeft van een afwijking — en *verschijnselen* — objectief waarneembare tekenen van een afwijking. Dit onderscheid tussen klachten

en verschijnselen geeft aan hoe een psychiatrisch symptoom tot uiting komt, maar dat onderscheid is minder belangrijk dan de manier waarop de clinicus alle klachten en verschijnselen op basis van het klinisch oordeel meeweegt in de diagnostiek (King, 1982). Hoewel algemeen wordt aangenomen dat verschijnselen meer zeggen dan klachten, omdat ze objectief waarneembaar zijn, zijn ze beide voor interpretatie vatbaar. Zien we bijvoorbeeld iemand huilen, dan kunnen de tranen een teken zijn van verdriet, blijdschap, of een vuiltje onder een contactlens. Een verschijnsel als tranen heeft dus weinig betekenis als er niet gekeken wordt naar waarom de persoon huilt.

Hoewel veel psychische klachten en verschijnselen specifiek zijn voor een bepaalde psychische stoornis, zijn de meeste niet-specifiek. Iedereen heeft wel eens last van slapeloze nachten en concentratieproblemen. De meeste mensen met psychische klachten of verschijnselen hebben daarmee nog geen psychische stoornis. Het is kenmerkend voor veel psychische klachten en verschijnselen dat ze zich op het grensvlak bevinden van normaal en pathologisch (Pierre, 2010). Dat maakt dat het niet gemakkelijk is om deze klachten en verschijnselen te beoordelen en dat er een reëel risico bestaat op een verkeerde classificatie (Rosenhan, 1973). Het is daarom onze ethische plicht om de stoornis van onze patiënten zo accuraat mogelijk te classificeren (American Psychiatric Association, 2010).

Het is onze taak om het verband tussen de verschijnselen die we observeren, de klachten die we uitvragen en de gevolgen daarvan voor onze patiënt te begrijpen. Elke ziekte vormt een bedreiging voor de lichamelijke integriteit (Cassell, 1991), maar een psychische stoornis kan iemands vermogen tot denken, voelen en handelen aantasten. En aangezien die vaardigheden een centrale rol spelen voor de zelfcontrole, het zelf en de identiteit van een persoon (McHugh & Slavney, 1998), worden ze vaak ervaren als een grotere existentiële bedreiging. Als iemand dus voor het eerst op ons spreekuur komt, moeten we ons realiseren dat hij zich dingen kan afvragen als: wat mankeer ik? Ben ik gek aan het worden? Door goed naar iemands verhaal te luisteren en de aard van het lijden te herkennen, kunnen we de opluchting bieden die ontstaat wan-